

METHODIST RICHARDSON MEDICAL CENTER
Chỉ Dẫn Instructions:

Trung Tâm SỨC Khỏe Phụ Nữ thuộc Trung Tâm Y Tế tại Methodist Richardson có nhận Quỹ miễn phí ngân khoản của Chi nhánh Quận Dallas và Các Quận North Texas thuộc Cơ Sở Ung Thư Ngực Susan G. Komen và Hội Cancer Prevention & Research Institute of Texas cùng giúp các cá nhân nghèo cần sự giúp đỡ về y tế hoặc tài chính eo hẹp nhờ Hội Phụ Nữ miễn phí số Chiếu kiển.

As part of the grant funded by the Dallas County and North Texas Affiliates of the Susan G. Komen for the Cure, Cancer Prevention & Research Institute of Texas, and our commitment to serve the community, Methodist Richardson Medical Center, Center for Women's Health elects to provide financial assistance to individuals who are financially indigent or medically indigent and satisfy certain requirements.

Để quy định Chính xem Đơn có Chiếu kiển để Quỹ khám ngực miễn phí không, chúng tôi cần biết một số chi tiết như Các ghi trong phần cuối đơn. Xin Chiếu Cày Các thông tin Còi hỏi và hoàn trả lại Đơn cho Các diển ghi danh hoặc gọi Đơn Các Chiếu Các tị Các chỉ sau:

To determine if a person qualifies for a free mammogram screening, we need to obtain certain information as outlined within this application. Please complete the application in full and return the completed form to the Registration Representative or mail completed form to the following address:

Methodist Richardson Medical Center
 403 W. Campbell Rd, Suite 205
 Richardson, TX 75080
 Attn: Center for Women's Health/ABHOP

Ngay sau khi nhận Quỹ Đơn và kiểm chứng Cày Các, quý vị sẽ Quỹ thông báo ngày giờ hẹn. Nếu có thắc mắc, xin gọi (972) 498-8601.

Upon receipt, verification, and approval of this application, you will be notified of your appointment time. If you have questions, please call (972) 498-8601.

Xin Trả Lời Các Câu Hỏi Sau Bằng Tiếng Anh: Please answer the following questions in English:

Họ Last Name _____ Tên First Name _____

Xin cho biết quốc tịch? Nationality _____ Ngôn ngữ chính Primary language spoken _____

Tổng số người^a trong gia đình? Total number of people living in your household _____

Tổng số thu nhập gia đình: Total household income _____

Hàng Tuần
per week

Hàng Tháng
per month

Hàng Năm
per year

Bà có phải là thường trú nhân? Are you a permanent resident? Luôn Yes Không No

Bà có bảo hiểm sức khỏe không? Có Yes Không No
Do you have Health Insurance?

Xin kèm theo copy mặt trước và sau nếu Bà có bảo hiểm
If yes, please mail a copy of card (front and back) with this application form

Bà có Medicare/Part B? Do you have Medicare/Part B? Có Yes Không No

Bà có Medicaid không? Do you have Medicaid? Có Yes Không No

Phải Có Đủ Các Điều Kiện Sau Để Được Khám Ngực Miễn Phí:

- Cư Ngụ^a Quận Dallas, Collin, Denton, Tarrant
- Từ 40 tuổi
- Ngực không có bệnh, không nỡ cạo, không có dấu hiệu bất thường
- Nếu Bà có vấn đề về ngực thì phải có hội Các Chiếu kiển như sau:
 - Phải Các 1 năm sau khi làm sinh thiết (Biopsy) vú lành
 - Phải Các 2 năm sau khi cắt bỏ một phần vú vì căn bệnh cancer, phải qua thời gian điều trị, hoặc được sự phê chuẩn chụp quang tuyến ngực lại hàng năm.



METHODIST RICHARDSON MEDICAL CENTER
403 West Campbell Rd. Suite #205 Richardson, TX 75080
Tel: (972) 498-8601 Fax: (972)-498-8634

P A T I E N T P R E - R E G I S T R A T I O N F O R M
M A U BỆNH NHÂN GHI DANH TRƯỚC

Xin Điền Bằng Tiếng Anh (Fill in English)

BỆNH NHÂN: Applicant information

HỌ BỆNH NHÂN LAST NAME _____ TÊN BỆNH FIRST NAME _____ TUỔI AGE _____

NGÀY SINH _____ / _____ / _____ TÌNH TRẠNG HÔN PHỐI _____ NƠI SANH _____ CHỦNG TỘC _____
DATE OF BIRTH (THÁNG/NGÀY/NĂM) (MONTH/DAY/YEAR) MARITAL STATUS BIRTHPLACE RACE

ĐỊA CHỈ NHÀ HOME ADDRESS _____ SỐ PHÒNG APT NO _____

THÀNH PHỐ CITY _____ TIỂU BANG STATE _____ SỐ ZIP ZIP _____

ĐIỆN THOẠI NHÀ HOMEPHONE (_____) _____ SỐ DI ĐỘNG CELLPHONE (_____) _____ ĐIỆN THOẠI SỞ WORKPHONE (_____) _____

TÊN SỞ LÀM EMPLOYER'S NAME _____

ĐỊA CHỈ ADDRESS _____ THÀNH PHỐ CITY _____ TIỂU BANG STATE _____ SỐ ZIP ZIP _____

SỐ AN SINH XÃ HỘI SOCIAL SECURITY NUMBER _____ NGHỀ NGHIỆP OCCUPATION _____

HÔN PHỐI: Spouse Information

TÊN HÔN PHỐI SPOUSE NAME _____ SỐ AN SINH XÃ HỘI SS# _____

NGÀY SINH DATE OF BIRTH _____ / _____ / _____ NGHỀ NGHIỆP OCCUPATION _____
(THÁNG/NGÀY/NĂM) (MONTH/DAY/YEAR)

TÊN SỞ LÀM EMPLOYER'S NAME _____ ĐIỆN THOẠI SỞ WORKPHONE (_____) _____

ĐỊA CHỈ ADDRESS _____

TRƯỜNG HỢP KHẨN CẤP: Emergency Information

TÊN NGƯỜI LIÊN LẠC NAME: _____ NGƯỜI LIÊN HỆ RELATIONSHIP _____

ĐỊA CHỈ ADDRESS _____ ĐIỆN THOẠI CELL PHONE/CONTACT NUMBER (_____) _____

BÁC SĨ ĐIỀU TRỊ PRIMARY CARE PHYSICIAN _____ ĐIỆN THOẠI PHONE (_____) _____

ĐỊA CHỈ ADDRESS _____

KHI CÓ KẾT QUẢ BÀ MUỐN CHÚNG TÔI BÁO CÁO CHO AI? NGƯỜI ĐÓ NÊN BIẾT NÓI TIẾNG ANH THẾ CHO BÀ.

Please list all persons and home numbers of whom you would like us to share your results with. Please make sure that at least one of them can speak English on your behalf.

HÔN PHỐI SPOUSE CON CHILDREN NGƯỜI THÂN OTHER FAMILY MEMBER (BROTHER, SISTER, AUNT, UNCLE)
 NGƯỜI LIÊN HỆ OTHER (FRIEND) _____ ĐIỆN THOẠI PHONE (_____) _____

Tôi hiểu là Methodist Richardson Medical Center có thể kiểm chứng các thông tin tài chính ghi trong đơn này để bệnh viện có thể quyết định đơn xin, tôi cho phép bệnh viện liên lạc với chỗ làm của tôi để được chứng thực các thông tin ghi trong đơn cũng như yêu cầu tường trình từ các cơ sở thông tin tín dụng. Tôi hiểu rằng thông tin nói trên để quyết định xem tôi có đủ điều kiện hưởng sự trợ giúp tài chính không và bệnh viện cũng có thể liên lạc với các nơi trên để cập nhật thông tin bất cứ lúc nào. Tôi hiểu rằng việc ngụy tạo thông tin trong đơn này sẽ khiến tôi bị từ chối sự trợ giúp tài chính.

I understand Methodist Richardson Medical Center may verify the financial information contained in this application in connection with Hospital's evaluation of this application, and hereby authorize the hospital to contact my employer to certify the information provided and request reports from credit reporting agencies. I am aware that this information is used to determine my eligibility for financial assistance and that the hospital may contact these sources to update this information at any time. I am aware that the falsification of information on this Application will result in denial of financial assistance.

BỆNH NHÂN (Hoặc Người Trách Nhiệm) KÝ TÊN _____ NGÀY _____
Patient (or Responsible Party) Signature _____ Date _____

METHODIST RICHARDSON MEDICAL CENTER

403 WEST CAMPBELL RD
SUITE 205
RICHARDSON, TX
(972) 498-8600

Mẫu Y Sử Nữ Hoa MAMMOGRAPHY PATIENT QUESTIONNAIRE

Những Câu Trả Lời Sẽ Được Dấu Kính. Xin Chọn Có Hoặc Không và Trả Lời Hết Những Câu Hỏi

All replies are confidential. Please circle YES or NO and answer ALL questions.

Ngày TODAY'S DATE:

PATIENT IDENTIFIER NUMBER:

Họ LAST NAME		Tên FIRST NAME		Ngày Sinh DATE OF BIRTH		Tuổi YOUR AGE	
Địa Chỉ (Xin Ghi Địa Chỉ Văn Phòng Có Thể Liên Lạc) ADDRESS (Please list an address where mail will <u>always</u> reach you) Thành Phố, Tiểu Bang, Số Zip CITY, ST, ZIP							
Số Điện Thoại (Xin Ghi Số Điện Thoại Văn Phòng Có Thể Liên Lạc) PHONE: (Please list a number where the doctor can <u>always</u> reach you)							
Số Điện Thoại Nhà Home:		Số Di Động Cell:		Số Chỗ Làm Work:			
Bác Sĩ Điều Trị PRIMARY REFERRING PHYSICIAN:			Số Điện Thoại PHONE:		Bác Sĩ Điều Trị Thứ Hai 2 ND REFERRING PHYSICIAN:		Số Điện Thoại PHONE:

Xin Chọn Circle one

Có Không Bà Có Lần Nào Chụp Quang Tuyến Ngực Hoặc Làm Siêu Âm Ngực Không? Have you had a mammogram or breast ultrasound before?

YES NO Nếu Có, Xin Ghi Ngày và Năm Tên Nơi Bà Đã Chụp? If YES, when (approximate date)? Where and at which facility: _____

X-Quang Vẫn Còn Đó? Còn Không Bác Sĩ Khám Ngực Bà Khi Nào Are your films still there? YES NO Last breast exam by physician was _____

Có Không Sau Khi Chụp Quang Tuyến Ngực Kỳ Trước, Bà Có Thấy Cục U Trong Ngực Không? Since your last mammogram, are there any new lumps in your breasts?

YES NO Nếu Có, Bà Mới Phát Hiện Lúc Nào Nếu Có, Bên Ngực Nào: Phải Trái Hai Bên If YES when was it first noted: _____ If YES, in which breast: Right Left Both

Bác Sĩ Của Bà Có Biết Cục U Đó Không? Is your physician aware of the lump(s)? Có YES Không NO

Có Không Bà Có Khó Chịu hoặc Đau Nhức? Any discomfort, pain or soreness? Nếu Có, Bên Ngực Nào: Phải Trái Hai Bên If YES, in which breasts: Right Left Both

YES NO Nếu Có, Vấn Đề Đau Nhức Kìa Là Mới Phát Hiện Phải Không? Is this a new problem? Có YES Không NO Đau Nhức Đã Phát Hiện Từ Lúc Nào? How long have you had this pain? _____

Có Không Núm Vú Bà Có Bị Ngược Không? Nếu Có, Bên Nào: Phải Trái Hai Bên Lúc Nào Vú Bà Cũng Bị Rút Lại? Có Không Is either nipple retracted/ inverted? If YES, in which breast: Right Left Both Has it always been retracted? YES NO

Núm Vú Bà Có Bị Đau? Any crusting sores at the nipple(s)? Phải Right Trái Left Hai Bên Both

Có Không Núm Vú Bà Có Bị Chảy Nước Không? Nếu Có, Bên Nào: Phải Trái Hai Bên Any discharge from the nipples? If YES, in which breast: Right Left Both

Núm Vú Bà Hay Bị Chảy Nước Không? Have you always had this discharge? Có YES Không NO

Bà Có Thấy Chảy Ước Áo? Có Không Khi Chảy Có Máu Không? Có Không Do you see it in your clothing? YES NO Has the discharge ever been bloody? YES NO

Có Không Bà Có Bị Ung Thư Ngực Không? Nếu Có, Bên Nào: Phải Trái Hai Bên Have you had a breast cancer? If YES, in which breast: Right Left Both

Năm Nào Bà Bị Khám Phá Bị Ung Thư Ngực? What year was CA diagnosed _____

Bà Có Được Điều Trị Bằng Radiation? Có Không Cắt Bỏ Vú? Có Không Bà Đã Được Điều Trị Khi Nào? Did you have Radiation? YES NO Mastectomy? YES NO When did you complete treatment? _____

Có Không Bà Có Bị Giải Phẫu Ngực, hoặc Làm Sinh Thiết Vú Không? Ngày: Have you had previous breast surgery, biopsy or a needle aspiration? Approximate date (s): _____

Nếu Có, Bên Nào? Phải Trái Hai Bên Bà Có Triệu Chứng Gì? If YES, in which breast: Right Left Both What symptoms do you have? _____

Có Không Bà Có Độn Vú Hoặc Làm Lớn Vú Không? Do you have breast implants now or have you had any augmentations in the past? Khi Nào? When? _____

Có Không Trong Gia Đình Bà Có Ai Bị Ung Thư Ngực Không? Any family history of breast cancer?

YES NO Ung Thư Đã Được Khám Phá Trước Thời Kỳ Mãn Kinh Không? Có Không (Khoảng Bao Nhiêu Tuổi?) Did it occur before menopause? YES NO (or about what age?) _____

Người Đó Liên Hệ Bà Như Thế Nào? Mẹ Chị Con Gái Người Khác In which relative(s)? Mother Sister Daughter Other _____

Có Không Bà Có Uống Nội Tiết Tố Tên? Premarin, Provera, PremPro, Prometrium, birth-control pill Thuốc Ngừa Thai Không? Do you take female hormones? (Please circle) Premarin, Provera, PremPro, Prometrium, or birth-control pills?

Nếu Có, Bà Đã Uống Bao Lâu? Liệu Lượng Có Tăng Hay Giảm? Tăng Giảm If YES, for how long? Recent increase or decrease (please circle) in the dosage? increase decrease

Có Không Bà Có Đang Mang Thai Không? Are you pregnant at this time? YES NO

Bà Đã Mang Thai Bao Nhiêu Lần? Number of Pregnancies? _____

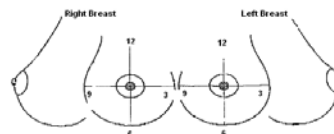
Bà Có Cho Con Bú Sữa Mẹ Trên Một Tháng Không? Có Không Did you breast feed any of your children for longer than one month? YES NO

Lần Đầu Tiên Bà Mang Thai Là Bà Bao Nhiêu Tuổi? At what age was your first pregnancy? _____

Bà Còn Kinh Nguyệt Không? Có Không Nếu Có, Kỳ Kinh Nguyệt Cuối Là Ngày Nào Do you still have menstrual periods? YES NO If YES, when was your last one? _____

TECHNOLOGIST: _____

COMMENTS: _____



Tôi Chấp Thuận Cho Tiết Lộ Các Hình Chụp Quang Tuyến Ngực Của Các Lần Trước Của Tôi Cùng Các Báo Cáo (kể cả báo cáo bệnh lý) cho Trung Tâm Y Tế Vùng Methodist Richardson/Trung Tâm Sức Khỏe Phụ Nữ. I AUTHORIZE THE RELEASE OF MY PREVIOUS MAMMOGRAM FILMS AND OTHER REPORTS (INCLUDING PATHOLOGY REPORTS) TO METHODIST RICHARDSON MEDICAL CENTER/ CENTER FOR WOMEN'S HEALTH.

Bệnh Nhân (Hoặc Người Trách Nhiệm) Ký Tên SIGNATURE OF PATIENT OR PERSON AUTHORIZED TO CONSENT FOR PATIENT

Ngày DATE